

*14*  
*Cholera*

# ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE

DE 1865



Extrait de **L'UNION MEDICALE**, nouvelle série

ANNÉE 1866

# ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE

DE 1865

---

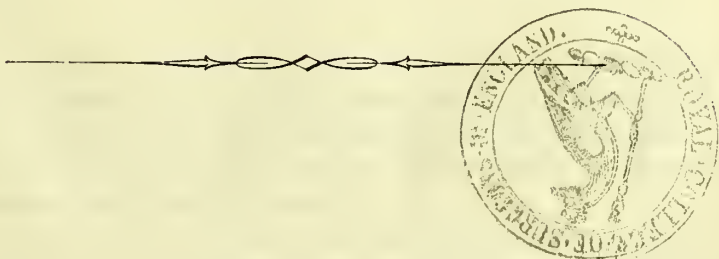
## RAPPORT

Lu à la Société médico-chirurgicale de Paris

ET PUBLIÉ PAR DÉCISION DE LA SOCIÉTÉ

PAR

Le Docteur Prosper DE PIETRA SANTA



PARIS

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19

—  
1866

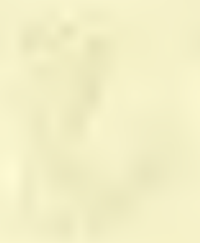
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1910

1910

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO



1910

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1910

# ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE

DE 1865

---

**Rapport lu à la Société médico-chirurgicale de Paris**

Messieurs,

En acceptant la mission de vous rendre compte du rapport fait à la Société impériale de médecine de Marseille, par le docteur Buisson, sur l'origine et la marche du choléra-morbus de 1865, dans la cité phocéenne, je ne pouvais m'attendre à voir arriver successivement sur votre bureau une série de brochures et de communications très-intéressantes sur la dernière épidémie.

Je ne sais, en vérité, si je dois me plaindre ou me féliciter de cette abondance de biens; mais ce dont je puis vous donner l'assurance, c'est que, par respect pour la Société médico-chirurgicale, par déférence pour les auteurs qui lui ont fait hommage de leurs travaux, je les ai lus et étudiés avec l'attention la plus soutenue.

Je me propose donc aujourd'hui de vous donner un aperçu sommaire de chacun d'eux, en concentrant plus spécialement votre appréciation sur les mémoires qui se rattachent à la question, toujours très-palpitante et toujours très-controversée, de la contagion ou de la non-contagion du choléra-morbus.

Voici l'énumération des brochures auxquelles je fais allusion : les unes m'ont été

remises par notre Président; j'ai consulté les autres *proprio motu*, parce qu'elles m'ont paru fournir des documents de la plus haute valeur pour la solution du problème.

1° Rapport fait à la Société impériale de médecine de Marseille par le docteur G. BUISSON, au nom d'une commission spéciale, sur l'origine et la marche du choléra en 1865.

2° Le choléra à Marseille en 1865. Des causes essentielles qui ont présidé à son développement à l'état épidémique, par M. DIDOT, médecin principal des hôpitaux militaires.

3° Des propriétés contagieuses du choléra indien, par le docteur A. F. BOZZI, médecin de l'arsenal de Constantinople.

4° Le choléra ou typhus indien. Épidémie de 1865, par le docteur Charles PELLARIN.

5° De la contagion en général, et du mode de propagation du choléra-morbus, par le docteur BONNET, de Bordeaux.

6° Le choléra de 1865 à l'hôpital Saint-Antoine. Docteur E. MESNET et docteur DECORI.

7° Idées sur le choléra-morbus, par les docteurs BOURGOGNE père et fils.

8° De la propagation du choléra et des moyens de la restreindre, par le docteur Jules WORMS.

9° Rapport sur le choléra dans l'isthme de Suez (juin et juillet 1865), par le docteur AUBERT-ROCHE.

10° Du choléra, sa nature et son traitement, par le docteur CAHEN.

11° Lettres sur la contagion du choléra-morbus indien, par le docteur ROUSSEAU.

12° Lettres sur le choléra, par le docteur MARCHAL (de Calvi).

13° Communications à l'Institut de France, par M. GRIMAUD (de Caux).

14° Lecture à l'Académie impériale de médecine par le docteur CAZALAS.

Comme malgré tous les soins que j'ai pris pour conserver à mes observations critiques la plus grande impartialité, je pourrais ne pas avoir atteint mon but, parce qu'il est difficile de ne pas se laisser entraîner insciemment vers des idées qui forment une conviction ancienne et motivée; comme aussi, d'après le proverbe, *On tombe toujours du côté où l'on penche*, je dois à la liberté de discussion, bien entendue, de vous faire au préalable ma profession de foi franchement anticontagioniste.

L'autorité de mes paroles, je l'ai puisée, d'une part, dans l'étude consciencieuse et quotidienne des épidémies de Paris (1849-1854-1865); de l'autre, dans l'examen des documents officiels que j'ai consultés à Londres et à Florence, sur la marche du choléra en Angleterre et en Italie.

J'admets le fait de la préexistence de phénomènes précurseurs, prodromiques ou prémonitoires du choléra-morbus, en faisant observer à mes adversaires, qu'opposer des chiffres à des chiffres, des assertions à des affirmations, ce n'est pas là le moyen de faire avancer la science.

Au moment d'aborder des études de ce genre, après l'analyse minutieuse des faits



isolés, il faut procéder à un travail synthétique de l'intelligence, et s'élever vers les régions de la logique et de la philosophie, pour contempler ces mêmes faits dans leur ensemble, pour les apprécier dans leur généralité, en faisant abstraction des systèmes médicaux, des vues *à priori*.

La croyance de cette doctrine (l'existence des phénomènes précurseurs) conduit à l'action, à la pratique de mesures intelligentes, utiles, incontestables.

De sa négation surgit l'affirmation de la contagion du choléra-morbus.

Il est de mon devoir de reconnaître qu'elle déborde aujourd'hui de tous les nouveaux écrits, qu'elle s'inscrit à l'ordre du jour des Sociétés savantes, qu'elle s'infiltré dans le cœur de la nouvelle génération médicale, qu'elle transpire de tous côtés dans les régions administratives.

Et cependant, malgré cet aveu, *dépouillé de tout artifice*, je ne suis pas ébranlé dans mes convictions, je me sens la force de la combattre, de la déclarer dangereuse au suprême degré.

Qu'on la nomme *contagion, infection, importation, transmission*, je ne voudrais ni la connaître, ni la regarder en face.

J'aime mieux constater hautement qu'un médecin, qu'un garde-malade, peuvent impunément toucher et frictionner un cholérique, coucher dans son lit, habiter son appartement, sous la seule réserve de quelques précautions hygiéniques.

Je préfère de beaucoup saluer, d'un regard de sympathie, ce courageux étudiant de Montpellier qui, à Toulon, en pleine épidémie, a fait sur lui-même une série d'expériences pour se convaincre de la non-inoculabilité de la maladie.

Vous excuserez d'autant plus aisément, Messieurs, cette opinion personnelle, que je suis actuellement dans le camp de la minorité, et qu'il est de bonne tradition que toutes les majorités, parlementaires ou non, soient tenues à l'indulgence et à la modération!

J'entreprends maintenant l'analyse des brochures que je vous ai énumérées précédemment, sans m'imposer un ordre précis, car il est incompatible avec la variété des points de science en élucidation.

## I

A tout seigneur, tout honneur!

La brochure de M. Jules Worms, brillant exposé de la doctrine de la transmission, a obtenu un légitime succès. Je le reconnais avec d'autant plus de plaisir, qu'à la Société de médecine de Paris j'ai combattu, pour me servir des expressions du procès-verbal des séances, *longuement* et *vivement* les opinions de cet honorable confrère.

M. Worms formule en ces termes la thèse qu'il veut traiter :

Démontrer par les faits et par l'induction, que la propagation du choléra procède d'un agent qui se renouvelle et se multiplie dans l'organisme humain ; que cet agent, circonscrit dans son activité, peut être paralysé ou restreint.

Suivons-le dans ses développements :

La recherche des causes du choléra et de son mode de propagation forme depuis longtemps l'un des problèmes les plus ardu.

En 1832, la doctrine de la non-transmissibilité, expression de la conviction la plus profonde du moment, a prévalu et régné souverainement, mais il s'opère aujourd'hui une réaction qui a pour origine l'évidence même des faits.

Le choléra, dit M. Worms, est-il déterminé et propagé par des influences qui tombent dans le champ de notre action, ou est-il le produit d'éléments dont la naissance, le siège et le mode de propagation sont insaisissables ?

Pour lui, il n'y a aucun danger à affirmer la croyance de la transmissibilité, car elle n'est pas de nature à compromettre le salut des malades, car elle ne peut créer de perturbation générale, du moment où l'on connaît les moyens d'arrêter le développement et la propagation de la maladie.

En étudiant la marche du choléra, notre zélé confrère le voit, du Gange à l'Èbre, cheminer toujours sur les grandes routes de terre les plus fréquentées, aborder les continents par les ports, progresser avec la même vitesse que celle des moyens de locomotion employés dans les régions envahies.

Les détails les plus minutieux sont consacrés à la progression caractéristique du fléau sur les grandes lignes, à l'invasion par les ports, à la transmission particulière, à la création des foyers d'infection, à la relation des épidémies locales et circonscrites, relation qui conduit à exclure l'hypothèse d'un agent atmosphérique et tellurique, enfin au mode de propagation parmi les troupes et les agglomérations d'hommes en marche (Dobruscha).

L'étude du choléra dans les hôpitaux de Paris ne laisse aucun doute dans l'esprit de M. Jules Worms sur la part qui revient à la transmission. Malgré la vigueur avec laquelle s'est imposée en France l'école anticontagioniste, malgré l'éclat du nom de ses adeptes et l'énergie de leur langage, des faits incontestables de contagion se sont produits dans divers services.

La discussion provoquée au sein de la Société des hôpitaux de Paris, s'est traduite en pratique par l'adoption de mesures administratives excellentes (placement des cholériques dans des salles spéciales ; isolement des malades).

Ce qu'il y a de singulier, c'est de voir nos honorables adversaires s'appuyer sur les statistiques des hôpitaux et hospices de Paris, fournies par les épidémies antérieures, pour justifier leur ligne de conduite ; et cependant, en consultant les beaux rapports de M. Blondel, on s'aperçoit que le savant inspecteur de l'Assistance publique arrive précisément à donner aux chiffres une interprétation anticontagioniste.

Jugez-en plutôt par les citations suivantes :

L'invasion a donc eu lieu, à peu près à la même époque, sur tous les points de la capitale :



le mal a atteint simultanément des personnes n'ayant aucune relation entre elles ; à quelques jours de distance, il se répand dans tous les arrondissements, et se produit tant à domicile que sur la population des hôpitaux et sur l'effectif de la garnison.

(Page 26.) Le rapprochement de toutes les dates indiquées plus haut confirme ce fait que j'ai déjà signalé lors des précédentes épidémies, d'un DÉVELOPPEMENT SIMULTANÉ du choléra sur toutes les catégories d'habitants ou de malades.

Enfin (page 27) nous voyons le choléra accuser dans toutes ses phases, par sa subite irruption, par son développement général, par sa simultanéité d'action sur tous, dans chaque mouvement d'extension ou de décroissance, l'existence d'un même principe morbide. Insaisissable pour nos sens, il pénètre partout, nous enveloppe en temps d'épidémie, comme l'air dans lequel nous vivons, et ne se révèle que par ses ravages là où il trouve des conditions propices à son développement.

Les résultats de ces enquêtes sont d'autant plus importants que, comme le dit avec une certaine émotion M. Blondel : « Libre de toute idée préconçue, étrangère à toute question d'école, l'Administration ne poursuit dans ses recherches ni l'explication de tel ou tel système, ni la justification de tel ou tel mode de traitement. »

Quels sont, d'après M. Jules Worms, les divers modes de transmission du choléra ?

Il admet la transmissibilité de la cholérine, et la transformation possible de la maladie créée par elle en choléra.

La transmission par les personnes saines lui paraît obscure.

La transmission par les objets ayant servi aux cholériques (vêtements, hardes, objets de literie) se retrouve dans un certain nombre de cas ; toutefois, la transmission la plus active est celle qui se fait par les déjections cholériques.

La pensée d'attribuer aux déjections une large part dans la propagation du choléra est déjà fort ancienne. Entrevue par Jameson, en 1817, elle a été signalée par le docteur Pellarin, en 1849 ; mais ce sont principalement les observations de Pettenkoffer et de Thiersch, qui démontrent le développement dans les déjections cholériques d'un agent qui, introduit dans l'organisme des animaux en expérience, produit un mal souvent mortel, et se manifeste par des lésions intestinales caractéristiques.

Thiersch a vu ces déjections se couvrir de champignons, et il se demande si ces parasites, imprégnés ainsi de l'agent morbifique et répandus ensuite dans l'atmosphère, ne pourraient pas devenir le véhicule du poison qui parvient dans l'organisme humain.

Je considère ce chapitre du travail de M. Worms comme le plus original et le plus intéressant : La seule force connue à laquelle on puisse attribuer la propagation du choléra, c'est le germe engendré par le cholérique ; dès lors, les mesures à prendre pour empêcher ou restreindre la propagation de ce principe doivent se concentrer sur la neutralisation même de cet agent ; en d'autres termes, si les déjections cholériques, devenant un poison mortel, jouent le rôle le plus actif dans la propagation du fléau, il faut les désinfecter sur place par des solutions plus ou moins concentrées de sulfate de fer.

## II

Mon compatriote et ami, le docteur Marchal (de Calvi), dans ce langage imagé que vous lui connaissez, plante résolument sa bannière sur les retranchements contagionnistes.

Il veut « créer une *opinion publique* qui puisse, au besoin, prêter main-forte à l'autorité contre les tergiversations de la science. »

Il dénonce, « comme faisant contre leur gré œuvre d'ennemis publics, ces hommes de bonne foi, mais dangereux, qui s'efforcent de relever la doctrine anticontagionniste dont l'application a coûté tant de larmes et occasionné une si grande dépréciation de la fortune publique par la réduction générale des transactions commerciales. »

C'est une aberration logique voisine d'une véritable infirmité intellectuelle, dit M. Marchal, de prétendre que les faits négatifs sont aussi positifs que les faits affirmatifs.

Laissez-moi, à ce sujet, ouvrir une petite parenthèse : n'abuse-t-on pas de ces mots *faits positifs*? Alors que l'on ne connaît pas l'agent immédiat, la cause primordiale du choléra, un fait est positif ou négatif selon que chacun se place sur tel ou tel terrain.

Si je pars de cette idée que le choléra ne peut pas se gagner par contact direct, les faits de non-transmission seront des faits positifs, et ceux où l'on peut surprendre une possibilité de contagion formeront des faits négatifs. Par contre, si l'on admet en principe que le choléra est contagieux, mes faits positifs deviendront négatifs pour mes adversaires, *et vice versa*.

Supposons que dix personnes en bonne santé se soient trouvées en rapport avec un cholérique, que deux personnes aient pris le choléra et que huit soient restées indemnes, notre savant confrère n'admet pas que l'on puisse tirer de là la conclusion que la maladie n'est pas contagieuse.

Il est alors forcé de reconnaître que le problème est complexe, et il invoque l'existence d'une *prédisposition indéterminée*, d'une *opportunité*, comme disait Brown; d'un *consentement* de l'organisme, comme l'écrit M. Chauffard. (Il faut que l'organisme consente, que la cause intérieure réponde à la cause extérieure.) Et comme ces conditions nouvelles ne suffisent pas pour rendre compte de tous les cas, M. Marchal (de Calvi) se trouve naturellement conduit à reconnaître que les conditions météorologiques jouent un rôle important dans la propagation du choléra.

Je recommande à votre attention, Messieurs, ces restrictions formelles, cette nécessité absolue de faire intervenir des éléments qui jusqu'ici semblaient rester en dehors de la discussion.

## III

Le docteur Charles Pellarin avoue que la question du choléra épidémique a excité

en lui, « avec un vif intérêt scientifique, une émotion profonde et même passionnée. » Aussi proteste-t-il contre « l'inqualifiable imprudence qui lui ouvre nos ports, contre l'incurie administrative qui fait rejeter l'installation d'hôpitaux spéciaux pour les cholériques. »

Ce ne sont pas précisément là les meilleures conditions d'esprit pour l'étude de ces difficiles problèmes.

Cet honorable confrère rappelle des observations qu'il a recueillies à Givet en 1849, et qui démontrent la transmission des individus atteints à ceux qui les entourent, ou qui sont exposés à l'influence de leurs émanations.

Persuadé de la propriété contagieuse du choléra, M. Pellarin s'est adressé au Ministère de la guerre pour prévenir certains mouvements de troupes, et il a déposé sur le bureau de l'Académie des sciences des mémoires honorablement cités par M. Serres dans son rapport sur le prix Bréant.

C'est assez vous dire que les idées de M. Pellarin sont dignes d'être prises en sérieuse considération; mais, par cela même, ne vaudrait-il pas mieux laisser de côté certains arguments de philanthropie facile, ou d'économie politique commode, monnaie courante de toutes les hypothèses possibles?

L'auteur se place sous le patronage de ces paroles de M. le professeur Rostan :

Et que me font à moi vos balles de coton? Je suis médecin, mon premier souci est la protection de la vie et de la santé de mes compatriotes; la question d'humanité prime, à mes yeux, toutes les autres.

Qui de nous, Messieurs, n'applaudirait à des sentiments aussi élevés? Mais, de bon compte, trouvez-vous dans ce beau langage un argument péremptoire pour ou contre la contagion du choléra?

#### IV

Les docteurs Mesnet et Decori s'occupent de l'épidémie qu'ils ont observée à l'hôpital Saint-Antoine, le premier comme chef de service, le second en qualité d'interne dans les salles de M. Boucher de la Ville-Jossy.

La monographie de M. Mesnet, empreinte des caractères d'une bonne tradition médicale, contient des remarques intéressantes sur la diarrhée prémonitoire, et sur cette préservation plus ou moins grande du cuivre, préconisée avec une rare persévérance par le docteur Burq.

Dans la pensée de M. Mesnet, l'efficacité thérapeutique des préparations de cuivre réclame des observations complémentaires; quant à l'immunité attribuée aux ouvriers en cuivre, elle n'est ni manifeste ni générale.

En rendant compte de l'épidémie de 1854 aux Madelonnettes, j'avais signalé la



coïncidence qui s'était produite dans certains ateliers de la prison. La moindre quantité, et la moindre intensité des symptômes cholériques s'étaient offertes précisément parmi les détenus qui vivaient dans une atmosphère où voltigeaient des milliards de molécules de cuivre en nature, par suite du limage des boutons de serrure, des targettes, des pitons.

Toutefois, en appelant l'attention des médecins sur ces circonstances, je n'ai pas entendu tirer de là des déductions immédiates, et je ne puis admettre, sans réserve, la conclusion que M. Burq veut en tirer dans l'intérêt de sa doctrine.

Poser un point d'interrogation, signaler la manifestation de phénomènes inhérents à telle ou telle industrie, ce n'est pas résoudre incontinent certains problèmes thérapeutiques qui ont nécessairement besoin, pour s'affirmer, d'observations cliniques nombreuses et incontestées.

*Quod vidi scripsi*, dit M. Decori en rappelant cette première vérité. « Lorsqu'une influence épidémique règne dans une localité, elle se fait sentir sur toutes les personnes qui vivent dans sa sphère d'activité. »

Il croit apporter en faveur de la contagion plusieurs faits de propagation du choléra dans une même famille, et il attribue d'heureux résultats à l'isolement institué à Saint-Antoine, et maintenu avec vigueur.

Cette thèse contient des points de vue qui dénotent un sage esprit d'observation hippocratique.

Sur 407 malades reçus en octobre et novembre, la période prodromique a été bien tranchée dans les deux tiers des malades.

Au milieu de l'affreux désordre de toutes les fonctions de la vie végétative, l'intelligence est restée conservée (mémoire intacte, conceptions justes et raisonnables, expression seule lente et pénible).

Parmi les particularités qui semblaient infliger un surcroît de gravité à la maladie, se posait en première ligne le défaut d'harmonie dans l'expression des symptômes :

Ainsi un désaccord entre les qualités et la fréquence du pouls et la calorification de la peau ;

Ainsi une prédominance des accidents des fonctions respiratoires chez des malades à troubles digestifs peu accentués.

Dans la généralité des cas, le choléra laissait après lui une débilitation générale, un affaiblissement éminemment favorable au développement de maladies nouvelles, comme la variole, la pneumonie, l'érysipèle.

## V

Les idées du docteur Bourgogne ont été publiées dans divers opuscules sur la nature, les différentes formes et le traitement du choléra-morbus asiatique considéré comme une *fièvre pernicieuse de l'Inde orientale*, offrant le type continu.

La nature, dit le modeste praticien de Condé-sur-l'Escaut, a doté chaque contrée de produc-

tions propres à entretenir la vie, à augmenter nos jouissances ; mais à chaque contrée aussi appartient la création de corps toxiques, donnant naissance à certains fléaux qui, par leurs manifestations, terrifient les plus intrépides : à l'Europe la fièvre typhoïde ; à certaines parties de l'Afrique la peste ; à l'Amérique la fièvre jaune ; l'Inde (le pays des grands germes) s'est réservé le terrible choléra.

Pour le docteur Bourgogne, la nature paludéenne du choléra est bien affirmée : cette fièvre contagieuse et importable peut affecter trois formes constituées par des symptômes spéciaux.

Leur manifestation n'est pas la même, mais le génie de ces maladies reste le même, comme disait Senac : « *At ut plurimum mutatâ formâ, non mutatur ingenium febris.* »

Partant de cette conception étiologique, notre honorable confrère fait du tannate de quinine la base de sa médication.

Il est important, dit-il, de traiter promptement à l'aide de cette médication non dangereuse, facile à utiliser, les premiers symptômes du choléra, car dès que vous avez ainsi jugulé le prodrome du mal, l'harmonie renaît au sein de l'économie.

Qui de nous, Messieurs, n'a été frappé d'une certaine analogie entre l'accès cholériforme et l'accès pernicieux ? Qui de nous n'a cherché à utiliser, à un moment donné, l'action énergique du sulfate de quinine ? Malheureusement, l'observation clinique dénote aussi dans le choléra une modalité spéciale des phénomènes qui rend moins certaine, moins prompte, et moins efficace l'action des préparations quinquées.

Le docteur Bourgogne fils, en s'inspirant des théories et de la pratique de son père, rapporte les heureux résultats qu'il a obtenus par l'administration du tannate de quinine dans le choléra *infantilis*.

Il administre ce sel sous les formes les plus variées, de manière à satisfaire toutes les exigences des petits êtres auxquels s'adresse la médication spécifique.

## VI

Le docteur Cahen essaye d'établir la nature et le traitement du choléra, en faisant servir à son étude les immenses progrès que la physiologie a faits de nos jours, sous l'inspiration de M. Claude Bernard.

Il y a trois ans, dans un mémoire couronné par l'Institut, M. Cahen présentait les fièvres intermittentes comme des névroses vaso-motrices, et attribuait à l'action des nerfs vaso-moteurs les congestions qui se produisent dans ces maladies.

Aujourd'hui, le médecin de l'hôpital Rothschild se joint à M. le docteur Marey pour considérer le choléra comme un accès de fièvre lié à une affection des nerfs vaso-moteurs, et il lui oppose en conséquence le traitement qui convient aux intoxications palustres.

Pour démontrer la nature de la maladie, M. Cahen examine successivement, à son

point de vue, son origine, les lésions pathologiques qui l'accompagnent, les symptômes qu'elle présente.

Le choléra naît incontestablement dans l'Inde sous l'influence combinée de la chaleur, de l'humidité et des détritux de toute sorte en fermentation. S'il peut être prématuré d'avancer, dès à présent, que le choléra est une fièvre, il n'y aura pas de difficultés à déclarer qu'il est une affection analogue, quant à son origine, aux fièvres palustres, dont l'intensité varie et augmente généralement avec la température.

Sous le rapport des lésions anatomiques, le choléra est analogue aux fièvres pernicieuses, surtout par l'absence d'une lésion localisée dans un point quelconque de l'économie.

Dans le choléra, tous les phénomènes s'expliquent par un état spasmodique des parties musculaires régies par le nerf grand sympathique. (Spasme de l'intestin, spasme de l'estomac, spasme des vaisseaux des viscères, et de ceux de la peau, ce sont là les causes; diarrhée, vomissements, algidité, cyanose, crampes, voilà les effets.)

Si dans le choléra il y a indubitablement un spasme, une contraction des vaisseaux capillaires, en coupant le nerf grand sympathique on supprime l'agent de cette contraction.

Mais cette section que l'imagination peut supposer n'est pas possible, tandis que l'arsenic (acide arsénieux sous le nom de granules de Dioscoride) peut produire les mêmes résultats.

Vous serez frappés, Messieurs, de l'importance et de l'originalité de ces considérations, de l'enchaînement logique qui relie les phénomènes à leurs causes de production.

Désolé de ne pouvoir vous offrir ici qu'une ébauche bien pâle et bien restreinte de ce remarquable mémoire, j'aime mieux laisser encore la parole à l'auteur :

Ce n'est donc pas un remède spécifique que je propose contre le choléra; c'est une médication, et cette médication n'est nouvelle qu'en apparence. Tous tant que nous sommes, en présence d'un cholérique algide, nous n'avons qu'une pensée, le réchauffer.

Chacun se sert des moyens qui lui ont le mieux réussi; en administrant l'arsenic, moi aussi je ne tends qu'à un but, c'est de ramener la chaleur en facilitant la circulation capillaire accidentellement gênée ou supprimée.

Je livre aujourd'hui mon opinion sur la cruelle maladie : la théorie s'accorde parfaitement avec les idées que j'ai émises, elle dicte le traitement. Puisse la pratique lui donner sa sanction.

## VII

Le docteur Bonnet, de Bordeaux, commence par reconnaître que le problème de la contagion, si souvent et si brillamment controversé, n'est pas résolu. Il recherche l'origine de la doctrine contagioniste dans un rapport du célèbre Fracastor, venant au secours du cardinal Bembo et du pape Paul III, pour faire transporter à Bologne le concile de Trente, en établissant la réalité de la contagion d'une maladie épidémique qui régnait alors.



M. Bonnet fait très-judicieusement observer que les gouvernants, comme le vulgaire, sont depuis des siècles dominés par cette idée que le mot *contagion* est inséparable des mots *quarantaine*, *séquestration*, *cordon sanitaire*. Or, la puissance des mots est telle, que le plus sûr moyen de se soustraire à leur empire, est de s'ôter l'occasion de les prononcer.

En étudiant les questions relatives au choléra, notre honorable confrère pense que son importation par les individus ou les objets contaminés, en l'absence de toute influence épidémique, c'est-à-dire par le contact seul, n'est prouvée nulle part. — Notre ancien régime sanitaire a été généralement plus nuisible qu'avantageux. — Tout concourt à démontrer que l'importation directe ne fut ni en 1832 ni en 1835 le moyen par lequel le fléau s'introduisit dans notre pays. Nous ne lui en fûmes pas plus redevables en 1849 et 1854. Ce que nous savons des trois dernières épidémies ne permet pas de douter que le contact n'ait été pour rien dans leur développement. Il faut pour l'importation du fléau le concours d'une influence épidémique. La vraie cause de la multiplication et de la gravité des cas de choléra, c'est l'encombrement, la viciation de l'air qui donnent à la maladie une virulence et une faculté de reproduction qu'elle n'a pas ordinairement. — L'affection se développe et se propage par l'intermédiaire de l'air ambiant : c'est là son unique et véritable étiologie ; c'est dans l'air que réside la cause, inconnue jusqu'ici par nous, qui la détermine.

En résumé, pour M. Bonnet, de Bordeaux :

- 1° Le choléra n'est pas susceptible de se communiquer par le contact ;
- 2° Il prend très-souvent naissance dans les lieux mêmes où il se manifeste ;
- 3° Sa cause, une fois produite, se répand dans l'air et ne se propage que par ce moyen.

## VIII

Dans ses lettres sur la contagion du choléra-morbus indien, le docteur Rousseau s'exprime en ces termes :

Cette année encore, dans la plupart des localités, et surtout dans les villages envahis autour de nous par le choléra, on peut dire quel a été le premier malade, et dans quel lieu il a été chercher la maladie.

Il est évident que les cholériques reproduisent la cause du choléra ; que cette cause est susceptible de se dissoudre ou de se suspendre dans l'air, de s'étendre à d'assez grandes distances, et d'agir sur les individus prédisposés en pénétrant dans leurs vaisseaux par l'absorption pulmonaire.

Donc :

- 1° Le choléra est contagieux, c'est-à-dire transmissible de l'homme malade à l'homme sain.
- 2° Les sujets affectés seulement de diarrhée chronique peuvent être, pour des individus sains, la cause du développement d'un choléra intense et promptement mortel.
- 3° Ce n'est pas par le contact de la cause morbide sur la peau saine que cette maladie se

transmet, mais bien par la respiration des miasmes qui se dégagent du corps des malades, et dont les linges, couvertures et vêtements qui les entourent, peuvent se charger.

4° Ces miasmes, pour déterminer chez des individus sains le développement de la maladie, ont besoin d'avoir acquis un certain degré de concentration.

Pour arrêter les progrès de la maladie, l'honorable chirurgien en chef de l'hôpital d'Épernay propose, entre autres moyens efficaces, le suivant, qui ne manque pas d'une certaine originalité :

Faire disposer dans toutes les communes qui en sont le plus menacées, ou mieux encore, dans toutes les communes de France, un ou plusieurs bâtiments percés d'un grand nombre d'ouvertures, dans lesquels on transporterait immédiatement les cholériques dont les habitations ne pourraient pas être convenablement aérées.

*Post-scriptum.* — Il y aurait une mesure qui diminuerait de beaucoup le nombre des logements insalubres, au point de vue de la transmission du choléra, mais qui violerait momentanément nos lois sur la propriété, ce serait d'autoriser les habitants des maisons qui, étant adossées à un mur mitoyen, n'ont d'ouverture que d'un seul côté, à en ouvrir à leurs frais (pour le temps du choléra) sur les cours et jardins voisins.

## IX

Le docteur Bozzi, mon ancien condisciple de l'École de Pise et de Florence, après avoir posé ce point d'interrogation : Faut-il considérer le choléra comme contagieux ? n'hésite pas à répondre : oui, de la manière la plus affirmative.

Il nous montre le choléra importé à Constantinople par la frégate à vapeur le *Moukbiri-Sourour*, arrivée d'Alexandrie d'Égypte le 28 juin 1865.

Les cholériques à leur débarquement sont évacués sur l'hôpital de la Marine ; de là, le fléau s'irradie et se propage dans toutes les directions, frappant plus particulièrement les infirmiers (qui tous furent atteints, et presque tous sauvés).

Cette propagation et cette infection ont été si rapides dans la cité des Osmanlis que, dans l'espace de quelques jours seulement, environ six cents clefs de maison ont été remises à l'autorité, les habitants de ces maisons étant tous morts.

Pour se rendre compte de la maladie, le médecin de l'arsenal adopte les idées émises par le docteur Franceschi, de Bologne :

Le choléra se propage au moyen d'un ferment constitué par des matières cholériques fermentifères, qui, mises en contact avec l'atmosphère putrescente d'un lieu habité, y apportent, par voie de catalyse, une fermentation analogue à la leur, qui infecte et produit la même maladie.

Vous le voyez, les opinions de l'école allemande se généralisent et tendent à se

constituer en corps de doctrine. Puisse cette doctrine donner une explication satisfaisante de tous les faits.

Dès 1859, le célèbre anatomiste professeur Pacini, de Florence, dans un opuscule intitulé : *De la cause primitive ou spécifique du choléra asiatique et de la condition pathologique qu'elle produit*, nous avait fait connaître une série de recherches microscopiques du plus haut intérêt.

Partant de ce principe que le choléra dépend d'une cause spéciale, capable de se multiplier dans le corps humain, et par cela même d'être transporté par les hommes (en se propageant sans contact immédiat), M. Pacini s'est enquis avec soin de l'état des muqueuses gastro-intestinales.

C'est alors qu'il y a constaté d'une part, l'absence d'une certaine quantité de villosités, de l'autre la présence de certaines érosions plus ou moins profondes.

Aussi, au lieu de retrouver la muqueuse intestinale à aspect velouté, celle-ci lui apparaissait comme la surface d'une étoffe de velours usée sur plusieurs points.

Ces villosités intestinales, et ces débris de muqueuses, résultant des ulcérations sous-jacentes, se retrouvaient en quantité considérable dans les déjections alvines.

Ces productions doivent se rapprocher des exsudats diphthériques de Virchow, des villosités infiltrées de substance granuleuse et protéique de Reinhart et Lenbuscher.

Le docteur Bozzi formule ainsi ses conclusions :

1° Le choléra ne peut se développer que dans l'Indoustan, son pays originaire (causes spéciales inhérentes au sol et au climat qui l'engendrent périodiquement depuis des siècles).

2° Dans les autres pays, il y est importé soit par les émigrants, soit par les marchandises.

3° Le choléra a toujours suivi dans sa marche envahissante les voies rapides de communication et les routes qui rendent les relations commerciales plus fréquentes et plus faciles.

Je réserve les conclusions 4° et 5° pour la question des quarantaines, que je me propose d'esquisser en terminant.

## X

Le rapport du docteur Aubert-Roche, sur le choléra dans l'isthme de Suez, nous fournit des renseignements précieux et péremptoirs.

C'est le 2 juin 1865 que le médecin en chef de cette patriotique entreprise (percement de l'isthme) a vu à Alexandrie le commencement de l'épidémie, qui n'a été officiellement reconnue que le 12. Le premier cas de choléra avait frappé un Égyptien qui travaillait au charbon près des écluses du canal Mahmoudieh.

Voici, d'après M. Aubert-Roche, quelle a été la marche du fléau :

Dans le courant du mois de mai 1865, le choléra se déclare à la Mecque et à Djeddah.



Le 19 mai arrive à Suez le premier navire anglais chargé de 1,500 pèlerins, et ayant jeté pendant la traversée des hommes à la mer.

Le 21, le capitaine du navire et sa femme sont frappés de mort.

Du 22 mai au 1<sup>er</sup> juin, plusieurs milliers de pèlerins (20,000 environ) ont débarqué à Suez et sont venus camper à Alexandrie, près du canal ; mais, malgré cette infection réitérée, l'épidémie a eu de la peine à se constituer à Suez comme à Alexandrie.

Retenez bien ce fait, Messieurs : les pèlerins apportent de première main les germes immédiats de l'infection, dans les conditions d'encombrement, de fatigue, de misère physique et morale que vous pouvez imaginer, et cependant la maladie se développe et se propage avec une lenteur extrême.

Il faut donc de toute nécessité l'intervention d'autres éléments pour ranimer ce feu qui couve sous la cendre ?

Continuons l'analyse du rapport :

Le 2 juin, un premier cas de choléra est observé à Alexandrie ; le 5 juin, on constate deux décès ; le 12, le corps consulaire est officiellement prévenu de l'existence de l'épidémie.

D'Alexandrie le choléra remonte vers l'intérieur, se déclare à Tantah, au Caire, à Zagazig, puis dans les chantiers de l'isthme de Suez.

Dans ce rayonnement autour de la ville, le fléau frappe à droite et à gauche, sévit avec intensité sur un point, peu sur un autre, épargne telle ou telle localité, sans que l'on puisse trouver une raison de son mode d'action (1).

Après avoir constaté que cette masse d'hommes arrivant d'un foyer de choléra, fait elle-même foyer à Alexandrie, foyer qui s'étend de là sur toute l'Égypte, M. Aubert-Roche ajoute ces paroles qui suscitent dans l'esprit les plus graves réflexions : « Il semble que le démon épidémique a des caprices ! »

Il termine par ces conclusions :

1° Le choléra ne s'est pas développé spontanément dans l'isthme ; il y a été importé par des foyers ; il n'y a pas eu de contagion.

2° Si le choléra a été importé en Égypte par les pèlerins de la Mecque, et si nulle précaution hygiénique n'a été prise contre cette importation prévue et contre le développement de la maladie, il y a nécessité pour l'Europe de prendre et d'imposer des mesures contre son importation en Égypte.

Ce droit et ce devoir pour l'Europe ont été hautement reconnus et proclamés par le gouvernement de l'Empereur. Grâce à l'initiative généreuse de la France, une conférence internationale, réunie actuellement à Constantinople, a pour noble mission de rechercher les véritables causes du mal, et de signaler les moyens de l'annihiler.

(1) Et M. Grimaud, de Caux, qui prétend que le choléra de l'isthme a la valeur démonstrative d'une expérience de laboratoire : partout où se montre le fléau, dit-il, on découvre d'où il vient !!

Cette nécessité de mesures sérieuses et sévères prises par le Sultan dans l'intérêt général du vieux monde, se trouve nettement formulée dans un rapport de M. le docteur Companyo, médecin de la circonscription d'Ismaila.

## XI

J'arrive à l'étude de l'épidémie de Marseille, faite au double point de vue des opinions en litige. Vous y verrez une preuve nouvelle de la difficulté de déterminer la vérité vraie des choses, et l'éternelle application de la maudite sentence : *Et tradidit mundum disputationibus!*

Le rapport du docteur G. Buisson à la Société impériale de médecine de Marseille, constitue un travail très-important par les documents qui ont servi à sa rédaction, par le nombre et la qualité des personnes qui ont concouru à l'enquête, par la clarté d'exposition du rapporteur.

M. Buisson part de l'idée (généralement admise aujourd'hui) que le choléra, parti des bords du Gange, où il est endémique, a éclaté cette année à la Mecque avec une plus grande intensité.

Il rappelle le sacrifice de 130,000 moutons immolés sur place ; l'infection jointe aux germes de maladie amenant la mort de 30,000 pèlerins ; l'épizootie terrible qui a frappé 800,000 bestiaux, dont les cadavres ont sillonné les canaux du Nil.

C'est au commencement de juin que l'épidémie se déclare à Alexandrie ; la population effrayée émigre en masse et se disperse dans les villes voisines, les îles de l'Archipel et de l'Asie Mineure ; partout le choléra s'attache à leurs pas.

Constantinople est envahie le 28 juin, Ancône le 15 juillet, Trieste du 25 au 30 du même mois.

Les paquebots faisant escale à Malte, Messine, Naples, Civita-Vecchia, Livourne et Gênes, voient les ports se fermer devant eux, et apportent à Marseille une foule d'émigrants, et portant une quantité considérable de germes de la maladie.

Suivons de plus près notre savant confrère dans la description qu'il donne de l'invasion de Marseille.

Malgré que la constitution médicale de mai et de juin fût caractérisée par l'extrême rareté de la diarrhée, la présence d'une foule de gens aux physionomies exotiques, aux costumes étranges, apportait la nouvelle des ravages que le choléra faisait à Alexandrie et au Caire.

28 juin. Premier cas de choléra à Marseille (la nommée Blanc, enlevée rapidement, rue Peirier).

23 juin. Deuxième cas. Homme de 40 ans, fort, robuste et fameux buveur, habitant le cours Lieutaud.

Jusqu'au 15 juillet on n'enregistre à l'état civil que trois cas de choléra *infantilis*.

Ce jour-là, un chiffonnier ramassé dans la rue, et transporté à l'Hôtel-Dieu, meurt en très-peu d'heures dans l'état algide le plus complet.

Les 17, 21, 22, les médecins constatent trois cas de choléra foudroyant.

Le 22 et le 24, deux décès dans la famille Cursac, qui avait reçu la visite des marins du *Saïd*, chargés de leur remettre des objets (boîtes à thé, étoffes, foulards) venant de Calcutta par Suez.

La mère est enlevée après quinze jours de diarrhée prémonitoire; la fille entre d'emblée dans la période asphyxique.

24 juillet. Quatre décès, dont un officier marinier à bord de l'*Armoricain*.

25, 26, 27, 28, 29 juillet. Divers cas par jour.

A partir du 1<sup>er</sup> août, les atteintes du choléra augmentent, bien que dans une faible proportion, relativement aux autres épidémies et à l'accroissement de la population. Si la guérison est la règle dans les cholériques, elle forme la très-rare exception pour les cas de choléra confirmé.

L'épidémie met une telle lenteur à se disséminer que, le 15 août, on n'avait encore vu aucun cas grave dans les principales administrations (douane, octroi, poste, manufacture de tabacs).

Les premiers malades reçus dans les hôpitaux civils sont tous, sans exception, des marins et des étrangers; ces marins n'appartiennent pas nécessairement à un bord venant d'un pays contaminé: ce sont, pour la plupart, des gens de tous pays en station dans le port depuis quinze ou vingt jours.

Dans cette période de l'épidémie de Marseille, les cas de choléra sont éclos de préférence dans les ports et les rues voisines des ports.

Ce fait donne la preuve de l'influence exercée sur l'état sanitaire par les provenances des pays contaminés.

Le choléra voyage donc avec les gens, et non pas sur les ailes du vent et des courants atmosphériques, et c'est à la facilité et à la rapidité des communications que la capitale du Midi doit l'arrivée dans ses murs de la maladie qui a fait tant de ravages cet hiver à Calcutta. (On arrive d'Alexandrie à Marseille en six jours, et de Calcutta en moins d'un mois.)

Du 11 juin au 31 juillet, 49 paquebots sont entrés à la Joliette, ramenant d'Égypte 4,020 personnes, dont 2,293 passagers.

M. Buisson reconnaît que l'épidémie de 1865, très-grave par la violence de ses coups (à partir du 15 août), a été moins meurtrière que les précédentes.

Du 1<sup>er</sup> juin au 31 août, sur un total de 3,259, les cholériques figurent pour un chiffre de 526.

Le fait pathologique le plus saillant, c'est l'absence des cas de diarrhée avant l'apparition du choléra. Ce caractère négatif de la constitution médicale pourrait bien rendre compte de son peu de diffusion.

Voici, du reste, quelques détails sur les observations météorologiques :

En juillet et août, la chaleur n'a pas été plus forte que celle des années antérieures (23° en moyenne, oscillant entre 17° *minima* et 30° *maxima*).

Les oscillations de la pression barométrique se sont effectuées entre les chiffres 751 et 761<sup>mm</sup>. Les vents ont été généralement doux, variables et faibles. Il est constant qu'un Siroco intense



a précédé la première bouffée de l'épidémie, et qu'après un très-fort orage du 14 août, la mortalité a subi une brusque augmentation (12, 15, 20 décès par jour).

L'état hygrométrique n'a présenté aucune coïncidence remarquable, et l'ozonoscope a donné un démenti formel aux théories qui font de l'ozone le pivot étiologique du choléra.

Les conclusions du rapport de M. Buisson, telles qu'elles ont été adoptées par la Société de médecine de Marseille, après une sérieuse et brillante discussion, sont les suivantes :

- 1° Le choléra qui a éclaté à Marseille en 1865 nous a été importé d'Alexandrie.
- 2° L'épidémie, quoique lente à se développer, a été aussi meurtrière que les précédentes à cause de sa longue durée et de la gravité des cas.
- 3° De bonnes mesures quaranténaires, rigoureusement appliquées, auraient pu empêcher l'importation de la maladie.

## XII

Le travail de M. Didiot sur les causes essentielles qui ont présidé au développement du choléra de Marseille à l'état épidémique en 1865, est divisé en deux parties.

La première comprend les études sur la climatologie de la ville et la statistique médicale de l'hôpital militaire.

La deuxième est spécialement consacrée à la description de l'épidémie qui a régné pendant l'été dernier.

Je suis heureux de constater les développements que prennent de jour en jour les observations météorologiques, car j'ai l'intime conviction qu'elles sont appelées à jouer un rôle important dans leur application à la médecine et à l'hygiène publique.

Pour M. Didiot, le caractère du climat de Marseille est le variable, tenant le milieu entre les climats marins et les continentaux.

Les oscillations de la colonne barométrique, avec ses mouvements diurnes et annuels, sont considérables et parfois brusques.

La moyenne annuelle est de 0,759<sup>mm</sup>.

Les variations thermométriques ne manquent ni de fréquence ni d'amplitude.

La température moyenne annuelle est de 14°,08 pour M. Valz ;

— — — 14°,36 pour M. Maurin ;

— — — 15°,53 pour M. Didiot ;

avec une température maxima de 31° (été 1861) et une minima de — 12° (2 février 1865).

Les variations brusques et instantanées de la température (amplitudes parcourues quotidiennement pouvant mesurer 17 degrés) constituent l'un des caractères principaux de ce climat.

Les vents prédominants sont ceux du N. N. O. (mistral), qui représentent les deux cinquièmes des notations.

Les vents du S. et du S. E. n'ont pas une influence aussi fâcheuse que le Siroco d'Afrique, parce qu'ils n'arrivent que chargés d'humidité sur le littoral européen.

Annuellement, il tombe en moyenne 585<sup>mm</sup> d'eau.

La sécheresse se présente pendant les mois du milieu de l'année, et la pluie dans les mois extrêmes.

L'état hygrométrique, les météores, l'ozone et l'électricité n'offrent rien de saillant.

A la constatation des phénomènes atmosphériques succède la détermination des constitutions médicales qui en dérivent :

Les variations de l'atmosphère, à Marseille, exercent une influence naturelle, et ses résultats sont la production des maladies catarrhales et des rhumatismes aigus en hiver (de décembre en mars); des maladies bilieuses parfois très-graves en été (de juin en septembre); des maladies qui tiennent plus ou moins du génie inflammatoire au printemps (de mars à juin); enfin des maladies bilioso-catarrhales en automne (de septembre en décembre).

Le choléra, dans ses sept apparitions, s'est développé de préférence après les constitutions catarrhales.

L'hiver de 1865 a été doux et humide; l'élément catarrhal était largement représenté dans les gripes, les coqueluches.

Le printemps, très-chaud, sec, avec prédominance des vents E. et S.-E.

L'élément catarrhal disparaît, et l'élément bilieux annonce son invasion en faisant revêtir un masque particulier aux embarras gastriques, aux diarrhées, aux fièvres typhoïdes.

Pendant les mois de juillet, août et septembre, les chaleurs sont excessives et sans intermittences. Thermomètre de 24 à 35°.

Les vents dominants sont ceux de S. et de S.-E.

L'humidité des nuits est considérable, et se manifeste le matin par des brouillards et des brumes.

La tension de la vapeur s'élève à 11, 12 et 13°.

La pression barométrique reste relativement faible (0,752<sup>mm</sup>), mais avec de brusques et fréquentes oscillations.

L'état électrique se manifeste par des éclairs et des orages.

Cette période est caractérisée par une constitution médicale où l'élément bilieux prédomine dans les embarras gastriques et les diarrhées; c'est le moment où le choléra se dissémine et augmente en gravité et en intensité.

En septembre, l'état météorologique reste le même, les vents du Sud prédominent, la température est accablante, les soirées sont fraîches et humides; les pluies, qui arrivent d'ordinaire à cette époque, manquent complètement. L'épidémie continue à sévir et atteint son apogée.

Au mois d'octobre, la température baisse sensiblement (16° en moyenne). Les vents d'Est amènent treize jours de pluie avec orages; les affections cholériques diminuent considérablement.

Cet exposé tout sommaire tend à prouver que la cause générale des constitutions médicales

existe dans l'air avant leur explosion, et que c'est dans la constitution atmosphérique antérieure à leur manifestation qu'il faut en rechercher l'origine.

De même que toutes les grandes épidémies, le choléra doit tirer son origine d'une constitution intempestive de l'atmosphère, et d'une altération spéciale et plus ou moins prolongée de ses qualités sensibles ; aussi M. Didiot s'unit à M. Cazalas pour le considérer comme une maladie populaire exceptionnelle, dérivant d'une constitution médicale insolite et anormale.

### Comment M. Didiot expose-t-il la marche de l'épidémie de Marseille ?

L'existence officielle de la maladie ne date que du 23 juillet, mais avant que la nouvelle fût arrivée en France, que le choléra avait éclaté en Orient, on avait déjà constaté la tendance de certaines affections à revêtir la forme cholérique.

Parmi ces cas que l'on pourrait appeler sporadiques, citons les suivants :

2 juin. 2 décès cholériques (crampes et vomissements) : Vidal, 40 ans, rue de Turenne ; — Régis, rue Fongate.

4 juin. 1 décès par *miserere*, 2 par entérite aiguë.

5 juin. 1 décès (entérite aiguë).

6 juin. Cas de choléra algide observé par les docteurs Honoraty et de la Souchère, sur un camionneur du chemin de fer.

9 juin. Un décès cholérique à l'église Saint-Laurent.

Dans la garnison, on a constaté, le 26 mai, des symptômes de cholérine chez le grenadier Caussedière à la caserne Saint-Victor.

En juin, 4 malades pour diarrhées cholériformes.

En juillet, 4 cas de cholérine.

A partir du 23 juillet, le bureau de l'état civil enregistre 1, 2, 3 décès cholériques par jour.

Dans la première quinzaine du mois d'août, la mortalité oscille entre 5 et 12. Le jour de la fête nationale du 15 août, l'épidémie fait explosion et arrive à son apogée le 16 septembre, pour décroître ensuite d'une manière marquée.

En définitive, la période cholérique officielle est de trois mois et huit jours, du 23 juillet au 1<sup>er</sup> novembre.

Mais d'après ce qui a été rapporté plus haut, elle a été précédée d'une période préliminaire de près de deux mois.

L'épidémie a été moins meurtrière que les précédentes (le nombre des décès s'élève à 1,924).

La maladie n'a présenté, ni dans ses débuts, ni dans sa marche, les caractères des épidémies précédentes, et, de plus, les maladies habituelles ont continué à suivre leur cours ordinaire sans paraître influencées par l'existence d'un règne épidémique.

M. Didiot résume sa brochure en ces termes :

1° Le choléra a été constaté à Marseille avant la nouvelle que la maladie ait éclaté en Orient.

3° Le développement du choléra doit être surtout rapporté à la constitution atmosphérique intempestive qui a régné antérieurement à l'invasion.

4° L'épidémie a été précédée d'une période prodromique.

Il n'est pas besoin de longs commentaires pour faire ressortir la différence radi-

cale qui sépare les conclusions de M. Didiot de celles de M. Buisson; mais en laissant à chaque théorie, à chaque opinion, ses arguments et ses preuves, il faudrait être fixé du moins sur les faits eux-mêmes.

Malgré la difficulté de la tâche, je vais essayer de la poursuivre.

La deuxième conclusion de M. Didiot dit :

2° Les faits avancés par M. Grimaud, de Caux, sont inexacts ou mal interprétés.

Voyons donc quel a été le rôle joué dans la question par le rédacteur scientifique de l'*Union*.

### XIII

Au mois de septembre 1865, M. Grimaud se rend à Marseille pour démontrer la réalité de certaines idées qu'il avait émises sur les quarantaines. Il n'est attaché à aucun service médical; il se préoccupe peu de guérir, mais actif et convaincu, il veut remonter à la cause première du mal et prouver, bon gré malgré, à tous les docteurs qu'ils n'ont su ni observer les faits, ni les interpréter convenablement.

Sa première lettre à l'Académie des sciences est consacrée à l'origine de l'épidémie; la seconde indique le mode de propagation du choléra à Marseille et aux environs.

Dans une pensée d'impartialité, j'emprunte textuellement aux *Comptes rendus* les paragraphes *Résumé et Conclusions*.

1° Le choléra de 1865 est venu du dehors: j'ai découvert et signalé le point du sol où, en débarquant, il a touché France. Le devoir, pour l'avenir, est de lui fermer les voies que nous lui connaissons.

2° Le principe du choléra est d'origine organique. Pour la préservation, on peut compter sur l'efficacité constatée des substances capables d'empêcher des produits organiques étrangers de s'implanter dans le corps humain.

3° La théorie véritable du choléra est trouvée, c'est celle formulée par M. Jules Cloquet (le choléra consiste dans une sidération du système nerveux de la vie organique).

Elle se démontre par les effets primitifs qui signalent sa présence dans un corps vivant, et par la méthode du traitement qui conjure ses effets avec un infaillible succès.

Il résulte de là que, pour la solution complète du problème, il reste à dégager deux inconnues seulement.

Le principe par lequel la maladie est spécifiée est-il de nature animale ou végétale?

Quelle est la substance la plus propre à neutraliser immédiatement l'action de ce principe?

Je ne sais, Messieurs, quelle épithète donner à ces hypothèses? Jusqu'ici, auteurs ou praticiens, nous n'avons rencontré sur notre route que difficultés, incertitudes,



obscurité, et pour le collaborateur de l'*Union*, tout est simple, parfaitement clair, incontestablement démontré.

Il a découvert l'étiologie du choléra ; il connaît son principe ; il constate l'efficacité des substances aptes à empêcher son implantation dans l'organisme ; il formule sa véritable théorie. Je ne crains pas d'avouer l'embarras dans lequel je me trouve pour discuter avec calme ces affirmations sans preuves. J'aime mieux les livrer à votre appréciation, me bornant à prouver, dans toute l'indépendance et le désintéressement de mon esprit, que le fait sur lequel s'appuie M. Grimaud pour découvrir le point où le choléra a touché France est contesté, réfuté, mis à néant.

Voyons d'abord dans les *Comptes rendus* sa relation de l'origine de l'épidémie de Marseille.

Les premiers cas officiellement déclarés sont du 23 juillet. Cependant, de nombreux décès avaient eu lieu précédemment ; en remontant à la source des faits, je suis arrivé jusqu'au 9 juin (54 jours avant la déclaration officielle).

Le dimanche 11 juin, entre dans le port Napoléon la *Stella*, partie d'Alexandrie le 1<sup>er</sup> juin avec 97 passagers dont 67 pèlerins algériens : la *Stella* apporte la première nouvelle de l'existence du choléra à Alexandrie ; le 9, deux hommes avaient été jetés à la mer. Les pèlerins débarquent au fort Saint-Jean. Il y en avait de bien malades, au dire du commandant du fort. Le soir, un Arabe, Ben-Kaddour, souffrant depuis plusieurs jours, meurt des suites d'une dysenterie chronique. (Certificat du docteur Renard.)

Or, ces pèlerins venaient de la Mecque par Djeddah et Suez, et étaient tous plus ou moins infectés.

Voilà donc le véritable état des choses !

L'assertion de M. Grimaud, acceptée sans contrôle par MM. J. Wormis et Marchal, de Calvi, a été discutée avec soin par MM. Bonnet, de Bordeaux, et Didiot.

Le docteur Martinenq, de Grasse, ce vétéran de la doctrine anticontagioniste, se joint à eux pour la combattre avec une série de réflexions très-sensées. Il dénonce avec émotion cette éclipse incroyable du bon sens médical, et il demande à ses adversaires de lui expliquer comment il se fait que 12,000 réfugiés marseillais n'aient pas pu importer, en 1865, le choléra dans la ville de Lyon.

M. Martinenq réduit aussi à sa juste valeur le fait de M. Grimaud relatif aux facteurs à l'arrivée de la poste, atteints de choléra pour avoir touché les lettres venues de l'Orient, et il s'écrie :

C'est à ne pas y croire, et cependant cela a été écrit et lu, ou communiqué sérieusement, et de bonne foi aux Sociétés savantes, qui l'ont approuvé sans plus ample informé.

M. Buisson, dont j'ai rapporté les opinions contagionistes, apprécie en ces termes le fait en litige :

Parmi eux la *Stella*, partie d'Alexandrie le 1<sup>er</sup> juin, arrivée à Marseille le 11, ayant jeté deux hommes à la mer le 9; un troisième expirait le jour de l'arrivée au fort Saint-Jean.

Ces trois hommes sont-ils morts du choléra?

Il est permis d'en douter, si l'on en croit le rapport du capitaine du navire et le certificat du docteur qui a vérifié le décès de Ben-Kaddour.

S'il s'élève un seul doute, les faits de M. Grimaud perdent leur valeur, car sa découverte ne peut avoir d'importance qu'en tant qu'il établira d'une manière irréfragable par l'étiologie, par l'observation des symptômes morbides, et par l'autopsie cadavérique, que Ben-Kaddour et ses compagnons ont succombé, les 9 et 12 juin, à une attaque de choléra qui couvait en eux depuis les premiers jours du mois de mai.

Que résulte-t-il de l'enquête minutieuse faite par M. Didiot et des renseignements transmis par M. Aubert-Roche?

Des trois Arabes décédés sur la *Stella*, le 9 et le 11, le premier était atteint de dysenterie chronique très-ancienne; le deuxième portait un cancer au nez. Ces deux cadavres ont été conservés plus de vingt heures à bord, et jetés à la mer le 10, sans qu'il soit venu à l'idée de personne que ce pût être le choléra.

Le troisième, Ben-Kaddour, vieillard de 70 ans, épuisé par une diarrhée chronique, n'a montré aucun phénomène appréciable pendant les quelques heures de séjour au fort Saint-Jean. Le cadavre présentait un état de maigreur considérable, mais pas de traces de cyanose.

Consultons les dates précises :

La *Stella* quitte Alexandrie le 1<sup>er</sup> et arrive à Marseille le 11 avec deux patentes nettes.

Mais, d'une part, M. Aubert-Roche nous apprend que c'est le 2 juin qu'il a constaté lui-même le premier cas de choléra près du canal Mahmoudieh; de l'autre, M. Grimaud avoue qu'en remontant aux faits de choléra antérieurs au 23 juillet, il était arrivé jusqu'au 9 juin; ne serait-ce pas le cas de décès de l'église Saint-Laurent signalé par MM. Gués et Didiot?

De là ces deux conclusions :

1<sup>o</sup> Que la *Stella* n'avait pu transporter d'Alexandrie une maladie qui n'y existait pas au moment de son départ, et qui, à cette date, n'était pas constituée à Suez, port de débarquement des 20,000 pèlerins de la Mecque;

2<sup>o</sup> Que le choléra était arrivé à Marseille par une autre voie que la *Stella*, puisqu'il y avait eu des cas de choléra bien constatés les 6 et 9 juin, avant l'arrivée du paquebot infecté.

Mais voici des circonstances qui contredisent la supposition de M. Grimaud :

Le fort Saint-Jean, où sont débarqués les pèlerins de la *Stella*, et qui a été fortement incriminé comme premier foyer de contagion, n'a présenté aucun cas de cho-



léra jusqu'au 8 septembre, époque à laquelle un seul décès a été constaté sur un soldat du 2<sup>e</sup> bataillon d'infanterie d'Afrique, à la suite d'ivresse.

Les pèlerins, *ces hommes si malades* (il faut avoir vu les hadjiis de la Mecque à leur débarquement sur les quais d'Alger, pour se faire une idée de leur état misérable et de leur malpropreté!), s'embarquent successivement pour leurs provinces respectives les 13, 14 et 16 juin.

Ils sont toujours infectés ces pèlerins de la *Stella*, qui n'avaient pu communiquer la maladie aux hommes de l'équipage, vivant pendant douze jours au milieu d'eux, sur un espace restreint, et cependant, dans ces nouvelles traversées, aucun cas de choléra ne se développe ni parmi eux, ni parmi les autres passagers, ni parmi les équipages des bateaux à vapeur sur lesquels ils sont embarqués.

Ils arrivent à Tunis, au Maroc, à Constantine, à Alger, à Oran, et nulle trace d'épidémie ne signale leur passage.

Ces arguments me paraissent péremptoires, et de nature à pouvoir affirmer que le choléra *n'a pas touché France* par les pèlerins de la *Stella*.

Personne de vous n'ignore que l'Académie des sciences vient d'accorder à M. Grimaud, de Caux, sur le prix Bréant, une indemnité de 4,000 fr. « pour l'acte de dévouement spontané qu'il a accompli en allant à Marseille étudier le choléra au plus fort de l'épidémie. »

A Paris comme en province, des confrères distingués se sont émus de cette libéralité, parce qu'ils y ont vu la preuve de l'approbation que l'Institut donnait aux doctrines de M. Grimaud.

Je suis très-disposé à croire que telle n'était pas la pensée de l'illustre aréopage; en tout état de cause, rien ne nous empêche de contester et les idées et la découverte du lauréat.

L'accueil bienveillant que nous avons toujours fait aux études hygiéniques de M. Grimaud, sur les eaux publiques, nous donne le droit de nous montrer exigeants quand il s'aventure dans des recherches en dehors de sa compétence.

#### XIV

Le cadre de ce rapport ne me permet pas de citer tous les travaux publiés sur la matière dans le cours des précédentes épidémies; mais je dois cependant une mention spéciale à ceux insérés dans l'UNION MÉDICALE par MM. Roche, Jolly, Foissac et Max. Legrand.

M. Roche définit la contagion « la transmission d'une maladie d'une personne à une autre. »

Pour lui, le choléra est une maladie miasmatique tout comme la peste, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, et, comme ces dernières, nécessairement contagieuse.

Dans des lettres très-justement remarquées, le modeste et savant académicien s'efforce de prouver l'existence matérielle du miasme cholérique, son origine précise, sa nature intime, son mode de migration dans le monde, sa loi de pénétration dans l'économie, ses conditions de vie et de mort dans les nombreux appareils de l'organisme.

J'appelle un instant, Messieurs, votre attention sur cet aveu de l'auteur :

La contagion du choléra n'est pas aussi évidente que l'influence épidémique, mais elle ne se fait sentir que sous certaines conditions indéterminées, et dans un petit nombre de circonstances rares et exceptionnelles.

M. Jolly, cet intrépide hygiéniste, toujours à l'avant-garde du progrès et du travail, dans des mémoires publiés en 1849, 1850 et 1853, s'est préoccupé de ces deux propositions :

1° L'étiologie du choléra est tout entière dans sa propriété essentiellement, exclusivement épidémique.

2° Aucun fait n'a pu, jusqu'à ce jour, constater la puissance de transmission individuelle du choléra, c'est-à-dire sa propriété contagieuse proprement dite en dehors de l'exercice actuel de sa propriété essentiellement épidémique.

Son dernier, qui date de 1855, est intitulé : *Un mot de réponse à dix lettres de M. Roche*. M. Jolly les considère comme « un plaidoyer assez malheureux en faveur d'une erreur non moins dangereuse que manifeste. »

Les remarquables articles publiés par M. Foissac au début de la dernière épidémie brillent aussi bien par le fond des idées que par la forme qui les revêt. Riches d'une érudition du meilleur aloi, ils tracent avec précision et simplicité la marche des diverses épidémies cholériques qui ont envahi l'Europe, laissant toujours une large part à la discussion des principales doctrines.

M. Foissac a eu l'heureuse idée de réunir ces travaux dans une brochure sous ce titre pittoresque : *Les Trois Fléaux!*

En rédigeant tous les samedis les comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, mon excellent collaborateur, le docteur Max. Legrand, trouve l'occasion de formuler son opinion sur les nombreux travaux présentés à l'Institut.

Il n'accepte qu'avec réserve mes idées; mais ses convictions, franchement contagionistes, sont étayées d'arguments si artistement groupés, que parfois j'ai été comme ébranlé par la force de sa dialectique.

J'ignore, Messieurs, le sort que la discussion qui va s'engager au sein de la Société médico-chirurgicale réservera à mes opinions; toujours est-il qu'elles sont le fruit de longues recherches et de sérieuses méditations.

En me dispensant de les formuler en propositions précises, je me borne à signaler

à votre attention les traits les plus saillants, les faits généraux qui se dégagent, avec une certaine clarté, de l'ensemble des travaux que je viens d'analyser.

1° Préexistence, dans la majorité des cas, de la diarrhée prémonitoire et des phénomènes prodromiques (doctrine J. Guérin) :

D'observations soigneusement recueillies à l'Hôtel-Dieu, M. Barth conclut que, 95 fois sur 100, la maladie commence par le dévoiement, et 75 sur 100 le dévoiement précède de un à huit jours les autres symptômes.

2° Possibilité d'arrêter la maladie au moyen d'une intervention médicale et hygiénique immédiates :

Faits observés aux Madelonnettes en 1853-54; — faits confirmés en 1865 à Saint-Lazare, Mazas, Sainte-Pélagie et Madelonnettes.

3° Développement simultané du choléra sur toutes les catégories d'habitants ou de malades :

Le choléra accuse dans toutes ses phases par sa subite irruption, par son développement général, par sa simultanéité d'action sur tous, dans chaque mouvement d'extension ou de décroissance, l'existence d'un même principe morbide. (Rapport Blondel.)

4° Difficulté de plus en plus grande que rencontre l'épidémie pour se constituer, se disséminer et se développer :

Faits arrivés à Suez, malgré l'arrivée de 20,000 pèlerins apportant les germes immédiats de l'infection. (Rapport Aubert-Roche.)

Faits constatés à Marseille, longue période de temps entre le débarquement des premiers passagers amenés d'Alexandrie et la constatation officielle de l'épidémie. (Rapport Buisson.)

5° Amoindrissement successif du principe morbide, qui perd de son activité primordiale, puisqu'à chaque nouvelle épidémie l'on constate successivement, à Paris, une mortalité beaucoup moins élevée :

Voici les chiffres qui démontrent d'une manière éloquentte cette proposition capitale :

En 1832 . . . .	18,654 décès sur	753,987 habitants, soit	1 sur 40
En 1849 . . . .	19,184 —	995,504 —	1 sur 51
En 1853-54 . .	9,096 —	1,021,530 —	1 sur 112
En 1865 . . . .	6,176 —	1,667,084 —	1 sur 270

## XV

La question des quarantaines forme le côté pratique du problème que je me suis efforcé d'élucider devant vous, en vous rendant compte des travaux de nos distingués confrères.

Le docteur Bozzi, de Constantinople, n'hésite pas à proclamer :

1° Qu'une grave responsabilité doit peser à l'avenir sur les personnes chargées du service quarantenaire ;

2° Qu'il faut fixer à vingt-quatre jours au moins l'isolement quarantenaire des personnes, et imposer de nouveau la même durée de l'isolement en cas de décès.

Le savant médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, le docteur Lecadre, malgré sa croyance à la propagation et à la transmission du miasme d'individu à individu, s'exprime en ces termes dans un important mémoire :

L'éparpillement des individus est le seul moyen d'atténuer les effets du miasme cholérique. Le système des quarantaines, soit par terre, soit par mer, qui favorise l'agglomération des individus, est un système usé, pernicieux, et qu'il faut se hâter de faire disparaître.

Le docteur Galligo, de Florence, dans l'*Imparziale*, se fait l'écho de l'opinion dominante en Italie, pour demander aussi des quarantaines efficaces et non illusoires; toutefois, il se contente d'un chiffre moins élevé que le précédent, en avouant que les lazarets constituent en eux-mêmes des centres d'infection, et qu'il importe de modifier leur organisation en les éloignant des villes, en les isolant d'une manière convenable.

Hélas! que nous sommes loin des décisions de ce Congrès sanitaire de 1846 où étaient venus s'asseoir les plus illustres représentants de la science hygiénique et sociale!

Toutes ces questions brûlantes, après une discussion longue, savante, passionnée, étaient résolues dans le sens de ce que l'on appelait alors le progrès, la liberté, de ce que l'on voudrait appeler aujourd'hui la barbarie, la restriction, la réglementation!!

Au mois d'août dernier, dans une première communication à l'Institut, M. Grimaud, de Caux, critiquait très-vivement les modifications que l'on avait fait subir, après 1846, aux règlements d'administration concernant la santé publique.

Ce qui se passe aujourd'hui sur le littoral méditerranéen, ajoute-t-il, démontre l'erreur du temps.

Il faut condamner d'une manière irrévocable, comme imprudente et pernicieuse, toute mesure tendant à diminuer les précautions destinées à préserver les ports maritimes contre les chances d'importation du fléau.

Pour donner à ses idées la consécration de la plus haute autorité, l'auteur s'exprime en ces termes :

L'Académie des sciences, par sa constitution, est la manifestation la plus élevée de l'intelligence de l'homme. Elle règne dans une sphère où la vérité, seul objet de ses préoccupations et de ses recherches, lui vient de toute part et peut se manifester à elle dans tous ses détails et par toutes ses faces.



C'est sa mission de relever les erreurs scientifiques, et son devoir surtout de discerner et de condamner, comme les plus dangereuses pour l'humanité, celles qui ont été dictées et imposées par la passion du temps.

Malgré la solennité de ce langage, aussi impérieux que sommaire, M. le docteur Cazalas n'a pas craint de venir présenter à l'Académie impériale de médecine « l'examen pratique de la question relative à la contagion ou non-contagion du choléra. » Comme j'adopte entièrement le programme du savant inspecteur du service de santé de l'armée, je résume ici ses conclusions, car elles forment le complément du long rapport que j'ai l'honneur de vous présenter.

1° La quarantaine est complètement inutile, parce que le choléra n'est pas contagieux, parce qu'elle n'empêche pas la maladie de se déclarer ni dans un pays, ni chez un individu ; parce que son absence n'a jamais paru être une cause de propagation du fléau, parce que les épidémies cholériques, avec ou sans quarantaine, marchent généralement avec une régularité pour ainsi dire postale.

2° La quarantaine, en supposant le choléra contagieux, serait illusoire, parce que l'influence cholérique ne peut avoir d'autre véhicule que l'air atmosphérique contre les mouvements duquel elle est nécessairement impuissante.

3° La quarantaine est non-seulement inutile et illusoire, mais encore dangereuse, parce qu'elle expose les malades et les suspects à l'agglomération, à l'encombrement et à leurs funestes résultats.

Du moment que l'institution de la quarantaine est insuffisante pour protéger les pays sains ;  
Dangereuse pour les populations envahies ;

Préjudiciable aux intérêts généraux du commerce et de l'industrie, des sciences et des arts ;

La science médicale rendra un service immense à l'humanité, en proclamant que le choléra n'est pas contagieux !

Vous le voyez, Messieurs, rien de plus radicalement opposé que ces deux doctrines, et cependant c'est toujours au nom de l'humanité que les uns demandent les quarantaines, et que les autres les rejettent d'une manière absolue.

